

지역사회건강조사를 이용한 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 건강관련 삶의 질 비교 연구

Difference in Health-related Quality of Life between Medical Aid Beneficiaries and Health Insurance Beneficiaries using the Community Health Survey

홍주연*, 김가중**

충북대학교 대학원 의학과 의료정보학 및 관리학교실*, 극동대학교 방사선학과**

Ju-youn Hong(hongju42@hanmail.net)*, Gha-jung Kim(gjms1225@hanmail.net)**

요약

본 연구에 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질 등에 대한 포괄적인 평가를 해 보고자 하였다. 연구 대상은 2013년도 지역사회건강조사 자료를 분석하였다. 연구결과 사회경제적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용 등 다양한 요인들이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 의료급여수급권자가 건강보험가입자보다 사회경제적 특성, 건강행태, 의료이용이 좋지 않아 건강관련 삶의 질이 낮은 것을 확인할 수 있었고 사회경제적 특성을 통제하고도 비교 해본 결과에서도 건강행태, 질병이환, 의료이용이 좋지 않아 건강관련 삶의 질이 떨어지는 결과를 보였다. 따라서 의료급여수급권자들의 건강관련 삶의 질을 효과적으로 향상시키기 위해서는 만성질환 관리, 스트레스와 우울감 관리 등의 정신 건강과 일상 활동 능력의 향상이 무엇보다도 중요하며 적당한 음주습관과 규칙적인 운동, 식습관 등 건강 증진 행위를 촉진하는 데 중점을 둔 체계적인 프로그램 개발과 정책을 위해 국가적 관심이 요구 된다.

■ 중심어 : | 의료급여수급권자 | 건강행태 | 삶의 질 |

Abstract

This study attempts to comprehensively evaluate differences in sociodemographic characteristics, health behavior, disease morbidity, medical care and health-related quality of life of medical aid beneficiaries and health insurance beneficiaries. To achieve this, this study analyzes primitive data of community health survey that each health center had recently conducted in 2013. Study socioeconomic characteristics, health behavior, disease morbidity, medical care showed that various factors affecting health-related quality of life. It was found that medical aid beneficiaries showed lower health related-quality of life than health insurance beneficiaries because not good socioeconomic characteristics, health behavior, disease morbidity, and medical care and even as a comparative result after controlling socioeconomic characteristics, it was found that medical aid beneficiaries health-related quality of life was lower because of not good health behavior, disease morbidity, and medical care. Therefore, to improve health-related quality of life in medical aid beneficiaries as effectively as possible, improving mental health including managing chronic disease and stress and depression and daily living activities is above all important and our national concern with developing systematic program and policies focusing on health promotion behaviors such as moderate drinking habits and regular exercise and eating habits is required.

■ keyword : | Medical Aid Beneficiaries | Health Behavior | Quality of Life |

I. 서론

우리나라 의료보장제도는 사회보험방식의 국민건강보험제도와 사회부조방식의 의료급여제도로 분리, 운영되고 있다. 의료급여제도는 1961년 12월에 생활보호법이 제정 되었으나 재정사정과 시행령 미비 등으로 실시하지 못하고 이후 1977년 12월에 의료보호법을 제정(법률 제 3076호)하였고, 2000년에는 생활보호법이 국민기초생활보장법으로 전면 개정됨에 따라 국가의 시혜에 따른 보호에서 권리적 개념의 수급권이 도입되었다[1].

지금의 의료급여제도는 생활유지 능력이 없거나 생활이 어려운 저소득 국민의 의료문제, 개인의 질병, 부상, 출산, 등에 대해 의료서비스를 국가가 보장하는 공공부조제도로서, 건강보험과 함께 국민의료보장의 중요한 수단이 되는 사회보장제도이며[2], 국민보건의 향상과 사회복지 증진에 이바지함을 목적으로 저소득층의 의료안전망 역할을 하고 있다[3].

의료급여수급권자의 선정은 근로능력이 없거나 근로능력이 곤란한 세대를 기준으로 이루어지 때문에 의료급여수급권자는 대부분 저소득층이다. 또한 고령자 및 여성 비율이 높으며[4][5], 낮은 교육수준과 저소득 등의 사회, 경제적 문제와 더불어 만성질환으로 인해 신체적 건강상태가 좋지 않으며, 자신의 질환에 대한 이해와 건강관리 능력이 저하되어 있어 만성질환 유병기간이 길고 합병증 발생률이 높고[6], 우울, 무력감 등의 심리적 문제를가지고 있어 건강수준과 건강관련 삶의 질 수준이 건강보험 가입자 보다 매우 낮은 인구집단으로 보고되고 있다[7].

의료급여수급권자는 건강보험가입자에 비해 본인부담금이 적지만, 소득수준에 비해 높은 비급여 본인부담금으로 인해 의료이용에 있어서 상대적으로 부담을 가지고 있다. 이러한 부담은 적정수준의 의료이용을 제한하고 있는 것으로 나타났다[8]. 의료급여수급권자의 건강수준과 의료이용문제에 대한 관심과 연구는 일찍부터 진행되어 왔으며 의료급여수급권자의 의료기관 이용에 있어서 건강보험가입자와 다른 양태를 보인다는 지적이 꾸준히 제기 되어 왔다[9][10]. 또한 의료급여

수급권자의 만성질환 및 중증 질환 이환 가능성은 건강보험가입자 보다 더욱 높으며, 이로 인해 의료급여수급권자의 보건의료 불평등 문제는 더욱 심화 될 수 있고 [11], 의료급여수급권자는 질병에 대한 조기발견 기회의 불평등을 경험하며, 양과 질적인 측면에서 상대적으로 미흡한 의료서비스를 제공받고 있는 것으로 보고되고 있다[12]. 건강수준과 의료이용의 격차는 건강과 관련된 삶의 질에 영향을 미쳐 의료급여수급권자의 건강관련 삶의 질 수준은 건강보험가입자에 비해 낮게 나타났다. 의료급여 수급권자의 건강관련 삶의 질에 관한 선행 연구에 따르면, 성, 연령, 지역, 경제적 수준 등의 사회적 변수와 스트레스, 우울, 정신적 인지기능 등의 정신적 변수가 건강관련 삶의 질과 깊은 관련이 있다고 보고하고 있다[13][14]. 이처럼 의료급여수급권자에 대한 많은 연구가 이루어져 있지만 소규모 자료를 이용하거나 연구의 대상이 단편적인 주제에 한정되어 있어 인구사회학적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질 등에 대한 포괄적인 평가와 관련성 등이 이루어지지 못한 제한점이 있다. 이에 본 연구에서는 전국적으로 이루어지고 대규모 서베이조사인 지역사회건강조사 자료를 이용해서 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 대한 포괄적인 비교, 평가를 해 보고자 하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구 대상

본 연구에서는 2013년도 지역사회건강조사 자료를 분석하였다[15]. 자료는 질병관리본부로부터 연구를 원하는 연구자가 자료이용계획서를 작성하여 자료를 요청하면 계획서 검토 후 자료를 제공받을 수 있다. 지역사회건강조사 자료는 근거중심의 보건사업 수행기반 마련하여 건강지표의 지역통계 생산을 위한 표준화된 조사체계를 갖추기 위해 질병관리본부 주관 하에 전국 253개 보건소가 매년 8월에서 10월까지 실시하는 것으로 19세 이상의 성인을 대상으로 한다. 조사에서는 대상자 선정을 위해 우선 전국 253개 보건소별로 평균

900명을 할당한다. 2013년도에는 228,781명이 조사되었다.

지역사회건강조사에 참여한 의료급여수급권자 7,204명을 연구대상으로 하였다. 비교를 위해 의료급여수급권자와 성, 연령, 지역(시,구,군)을 1: 1 짝짓기 하는 방법으로 7,204명의 건강보험가입자를 무작위 추출하여 대조군을 선정 하였다.

2. 분석 변수

포괄적 평가를 위해 영역별 분석 변수는 선행 연구에 대한 문헌 고찰과 연구진들의 합의 도출을 통해서 선정되었다[표 1].

표 1. 건강관련 삶의 질 등에 대한 평가 영역과 변수

구분	변수
인구사회학적특성	성별, 연령, 지역(시,구,군), 교육, 직업, 배우자유무, 가구총소득, 가구원수
건강형태	현재흡연(유,무), 현재음주(유,무), 1일1회 과일섭취(유,무), 1일1회 채소섭취(유,무), 중등도 신체활동(유,무), 저체중(BMI<18.5), 비만(BMI≥25), 스트레스인지(유,무), 주관적 구강건강(좋은,나쁨), 주관적 건강(좋은,보통,나쁨)
질병이환	고혈압의사진단(유,무), 당뇨병의사진단(유,무), 뇌졸중의사진단(유,무), 심근경색의사진단(유,무), 협심증의사진단(유,무), 이상지질혈증의사진단(유,무), 관절염의사진단(유,무), 우울증의사진단(유, 무)
의료이용	의료 미충족 경험(유,무),
건강관련 삶의 질	EQ-5Index 운동능력(mobility), 자기관리(self-care), 일상활동(usual activities), 통증/불편감(pain/discomfort), 불안/우울감(anxiety/depression)

건강관련 삶의 질 영역에서는 ‘EQ-5Index’를 분석 변수의 값은 완전한 건강상태를 의미하는 1점에서 죽음을 의미하는 0점 사이에 분포한다. 본 연구는 표기의 편의를 위해서 최대점수인 1점을 100%로 변환하여 사용하였다.

3. 자료 분석

두 군간 인구사회학적 특성 차이에 대한 통계적 분석은 카이사승검증을 이용하였고, 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 차이를 전체적으로 평가하기 위해서 가중치를 적용한 값으로 표기하였다.

건강행태, 질병이환, 의료이용에 대한 비교는 가중치

를 고려한 로지스틱회귀분석을 이용하였다. 분석은 사회경제적 특성을 통제하기 전과 후로 나누어 수행하였으며, 결과는 Odds Ratio(OR)로 제시하였다. 사회경제적 특성을 통제하기 위해서 교육수준, 배우자유무, 가구원수, 가구 총 소득 변수를 사용하였고, 성, 연령, 지역은 매칭을 하였기 때문에 따로 통제 하지 않았다. 사회경제적 특성을 통제하기 전은 OR1으로 표기, 사회경제적 특성을 통제한 후에는 OR2로 표기 하였다.

마지막으로 건강관련 삶의 질에 대한 분석은 삶의 질에 영향을 미칠 수 있는 변수들과 삶의 질 간의 다중회귀분석을 이용하였다. 삶의 질에는 사회경제적 특성뿐만 아니라 다양한 변수들이 영향을 줄 수 있기 때문에 문헌고찰과 단변량 분석, 변수들의 상관분석을 통해서 설명변수를 선정하였다. 그리고 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 변수를 통제한 상태에서 의료급여수급권자와 건강보험가입자간의 삶의 질의 차이를 보기 위해 의료급여수급권자 여부를 설명변수에 추가하였다. 종속 변수는 삶의 질을 나타내는 EQ-5Index를 %로 환산하여 사용하였다.

III. 연구 결과

1. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 인구사회학적 특성

가중치를 적용할 경우 건강보험가입자 999,398명, 의료급여수급권자 983,057명 총 1,982,455명이다. 의료급여수급권자는 남자보다 여자의 비율이 높았으며, 연령은 70대 이상이 가장 많고 50~59세, 40~49세, 60~69세, 29세 이하, 30~39세 순으로 나타났고, 지역별로는 구, 시, 군 순으로 분포가 나타났다. 성, 연령, 지역은 매칭을 하였기 때문에 건강보험가입자도 유사한 양상을 보였다.

학력은 대학교 이상이 의료급여수급권자와 건강보험가입자 차이가 3배 이상 벌어지는 결과를 보였으며, 직업은 전문행정관리직과 사무직이 2배 이상 벌어지는 결과를 보였다. 가구의 총소득은 가장 많은 결과를 보인 것이 100만원 미만은 의료수급권자가 66.28 %, 400

표 2. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 인구사회학적 특성 비교

(단위 : 명, %)

변수	건강보험가입자	의료급여수급권자	P
성별	남자	422,288(42.25)	0.510
	여자	577,110(57.75)	
연령	29 이하	122,391(12.25)	0.989
	30~39	72,448(7.25)	
	40~49	185,614(18.57)	
	50~59	191,088(19.12)	
	60~69	145,596(14.57)	
	70 이상	282,261(28.24)	
지역	시	275,411(27.65)	1.000
	구	585,964(58.83)	
	군	134,670(13.52)	
교육	무학	134,594(13.50)	0.001
	초등학교	168,333(16.88)	
	중학교	108,569(10.89)	
	고등학교	357,877(35.89)	
	대학교 이상	227,643(22.83)	
직업	전문행정관리직	89,331(8.95)	0.001
	사무직	66,467(6.65)	
	판매서비스직	126,591(12.68)	
	농어업	61,515(6.16)	
	기능단순노무직	184,743(18.50)	
	기타	469,969(47.06)	
	배우자 유무	무	
유	843,305(84.38)		
가구 총 소득	100만원미만	178,770(18.60)	0.001
	100만원이상~200만원미만	167,433(17.42)	
	200만원이상~300만원미만	161,793(16.83)	
	300만원이상~400만원미만	159,346(16.57)	
	400만원이상	294,030(30.58)	
가구원수	2명 이하	836,099(83.66)	0.001
	3명~4명	147,896(14.80)	
	5명 이상	15,404(1.54)	

만원 이상은 건강보험가입자가 30.58 %를 보여 가구의 총 소득은 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 차이가 많이 벌어지는 결과를 보였다[표 2].

2. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 건강행태 차이

의료급여수급권자는 건강보험가입자에 비해 흡연을 많이 하고, 과일과 채소 섭취, 중등도 신체활동을 적게 하는 것으로 나타났다. 이러한 나쁜 건강행태를 반영하여 의료급여수급권자가 저체중과 비만이 높고, 주관적 건강수준과 주관적 구강건강수준이 낮은 것으로 나타났다. 의료급여수급권자는 건강보험가입자에 비해 스트레스 인지율도 2배 정도 높았다. 현재음주의 경우 의료급여수급권자가 건강보험가입자에 비해 낮았으나 사

회경제적 특성을 통제할 경우 OR값이 1.554에서 1.715로 높아지는 결과를 보여 경제적 요인 때문에 음주를 적게 하는 것으로 보인다. 또한 저체중, 주관적 구강건강이 사회경제적 특성을 통제할 경우 차이가 줄어드는 결과를 보여 사회경제적 특성이 이러한 변수에 영향을 주는 것으로 보인다[표 3].

3. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 질병 이환 차이

의료급여수급권자가 건강보험가입자 보다 전체적으로 높은 질병이환을 보였다. 특히 뇌졸중 진단과 우울증 진단은 두 배 이상의 차이를 보였고, 만성질환인 고혈압진단은 의료급여 수급권자 34.92 %, 건강보험가입자 29.26 %, 당뇨병진단 의료급여수급권자 17.64 %, 건

표 3. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 건강행태 차이 비교 (단위: %, 배)

변 수	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	OR1	OR2
			(95% Confidence Interval)	(95% Confidence Interval)
현재흡연	무	81.90	74.08	
	유	18.10	25.92	1.554(1.329-1.817)
현재음주	무	21.76	25.48	
	유	78.24	74.52	0.814(0.734-0.902)
1일1회과일섭취	무	56.50	77.66	
	유	43.50	22.34	0.374(0.336-0.415)
1일1회채소섭취	무	64.57	77.81	
	유	35.43	22.19	0.520(0.468-0.577)
중등도신체활동	무	88.67	91.59	
	유	11.33	8.41	0.718(0.614-0.840)
BMI	정상	70.39	65.35	
	저체중(BMI<18.5)	5.78	8.30	1.455(1.197-1.770)
	비만(BMI≥25))	23.83	26.35	1.120(1.003-1.251)
스트레스인지	무	73.88	59.50	
	유	26.12	40.50	1.925(1.740-2.131)
주관적 구강건강	좋음	57.81	42.19	
	나쁨	41.18	58.82	1.957(1.780-2.151)
주관적 건강	나쁨	24.06	50.22	
	보통	41.04	29.97	0.350(0.313-0.391)
	좋음	34.90	19.81	0.272(0.241-0.307)

표 4. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 질병이환 차이 비교 (단위: %, 배)

변 수	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	OR1	OR2
			(95% Confidence Interval)	(95% Confidence Interval)
고혈압 의사진단	무	70.74	65.08	
	유	29.26	34.92	1.297(1.177-1.429)
당뇨병 의사진단	무	89.14	82.36	
	유	10.86	17.64	1.758(1.541-2.006)
뇌졸중 의사진단	무	97.91	94.15	
	유	2.09	5.85	2.907(2.308-3.662)
심근경색 의사진단	무	98.45	97.21	
	유	1.55	2.79	1.827(1.326-2.516)
협심증 의사진단	무	97.83	96.02	
	유	2.17	3.98	1.740(1.498-2.020)
이상지질혈증 의사진단	무	87.04	84.41	
	유	12.96	15.59	1.241(1.086-1.418)
관절염 의사진단	무	82.55	75.21	
	유	17.45	24.79	1.560(1.398-1.740)
우울증 의사진단	무	97.20	90.05	
	유	2.80	9.95	3.830(3.044-4.817)

건강보험가입자 10.86 %, 심근경색진단 의료급여 수급권자 2.79 %, 건강보험가입자 1.55 %, 관절염진단 의료급여 수급권자 24.79 %, 건강보험가입자 17.45 %로 차이를 보였다.

그리고 질병이환의 변수들이 사회경제적 특성을 통제하기 전 보다 사회경제적 특성을 통제 후 크게 감소하는 결과를 보여 사회경제적 특성과 질병이환의 관련성이 있음을 알 수 있었다[표 4].

4. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 의료 이용 차이

의료 미충족 경험이 건강보험가입자 13.20 %, 의료급여 수급권자 25.07 %로 건강보험가입자 보다 의료급여 수급권자가 의료 미충족 경험을 많이 하는 것으로 나타났다. OR가 사회경제적 특성을 통제하기 전에는 2.201이었으나 통제 후에는 1.935로 감소하는 것으로 나타나

표 5. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 의료 미충족 경험 비교 (단위: %, 배)

변수	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	OR1(95% Confidence Interval)	OR2(95% Confidence Interval)
미충족경험	무	86.80	74.93	
	유	13.20	25.07	2.201(1.948-2.487) 1.935(1.685-2.222)

표 6. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 건강관련 삶의 제한 차이 비교 (단위: %, 배)

영역	건강보험 가입자	의료급여 수급권자	OR1(95% Confidence Interval)	OR2(95% Confidence Interval)
운동능력제한	무	78.65	58.36	
	유	21.35	41.64	2.628(2.382-2.899) 1.547(1.367-1.750)
자기관리제한	무	92.90	80.92	
	유	7.10	19.08	3.082(2.689-3.534) 1.889(1.621-2.202)
일상생활제한	무	84.21	63.33	
	유	15.79	36.67	3.088(2.785-3.424) 1.792(1.582-2.030)
통증/불편제한	무	66.63	43.90	
	유	33.37	56.10	2.551(2.320-2.806) 1.760(1.564-1.981)
불안/우울제한	무	83.34	60.36	
	유	16.66	39.64	3.286(2.945-3.666) 2.177(1.925-2.462)

사회경제적 특성 차이가 의료 미충족 경험에 영향을 주는 것으로 보인다. 미충족 의료 경험 사유를 조사해본 결과 건강보험가입자는 시간이 맞지 않아서 36.73 %로 가장 많았고, 의료급여수급권자는 경제적인 이유가 의료 미충족 경험 사유의 54.74 %을 차지했다[표 5].

5. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 건강 관련 삶의 질 차이

건강관련 삶의 질은 의료급여수급권자 0.8113, 건강보험가입자 0.9162로 의료급여수급권자가 건강보험가입자 보다 낮은 삶의 질을 보여주었다. 의료급여수급권자가 건강보험가입자에 비해 건강관련 삶의 제한이 전체적으로 많은 것으로 보였고 그중에서 자기관리 제한은 의료급여수급권자 19.08 %, 건강보험가입자 7.10 %, 일상생활 제한 의료급여수급권자 36.67 %, 건강보험가입자 15.79 %, 불안/우울 제한 의료급여수급권자 39.64 %, 건강보험가입자 16.66 %로 두 배 이상의 차이의 큰 차이를 보였다. OR는 사회경제적 특성을 통제하기 전보다 사회경제적 특성을 통제한 후 차이가 큰 폭으로 줄어들어드는 결과를 보였다[표 6].

분석 결과, 사회경제적 특성, 건강행태, 질병이환, 의료 미충족 경험 등 여러 변수들이 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 교육수준이 증가 할수록 삶의 질이 높아지다가 대학교 수준에서 약간 감소하였다. 가구 총 소득은 소득이 증가 할수록, 현재흡연을 안할 때 보다 흡연을 할 때, 중등도 신체활동을 안 할 때 보다 할 때 삶의 질이 높아졌다. 스트레스 인지가 없을 때 보다 있을 때가 삶의 질이 낮아졌다.

주관적 건강은 좋음일 때 보다 보통일 때 회귀계수(-0.72)가 낮았으며 나쁨일 때는 좋음일 때보다 회귀계수(-11.59)가 낮아졌다. 관절염 의사진단, 우울증 의사진단을 받은 사람들은 받지 않은 사람들에 비해서 삶의 질이 낮았다. 그리고 의료 미충족 경험이 있을 때가 없을 때보다 삶의 질이 낮았다. 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 위와 같은 변수들을 다 통제한 상태에서도 의료급여수급권자가 건강보험가입자에 비해서 삶의 질이 3.8% 낮은 것으로 나타났고, 다중회귀분석 모형의 R-square는 0.3909였다[표 7].

표 7. 건강보험가입자와 의료급여수급권자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

변 수		Parameter Estimate	SE	95% Confidence Interval		P
사회경제적 특성						
보험구분	건강보험가입자	—				
	의료급여수급권자	-3.43	0.66	-4.736	-2.131	<.0001
교육수준	무학	—				
	초등학교	4.81	1.31	2.244	7.393	<.0001
	중학교	5.13	1.35	2.493	7.779	<.0001
	고등학교	5.30	1.38	2.601	8.015	<.0001
배우자 유무	대학교	4.54	1.50	1.608	7.488	<.0001
	무	—				
가구원수	유	-1.32	0.76	-2.817	0.171	0.0827
	2명 이하	—				
가구총소득	3~4명 이하	-0.32	1.02	-2.331	1.684	0.7523
	5명 이상	-0.75	2.05	-4.767	3.250	0.7108
	100만원 미만	—				
건강상태 및 주관적 건강수준	100만원이상~200만원미만	1.93	0.99	-0.003	3.874	<.0001
	200만원이상~300만원미만	2.27	0.95	0.493	4.131	<.0001
	300만원이상~400만원미만	3.35	0.96	1.479	5.227	<.0001
	400만원이상	3.61	0.88	1.898	5.340	<.0001
현재 흡연	무	—				
	유	2.26	0.65	0.999	3.534	<.0001
현재 음주	무	—				
	유	0.98	1.15	-1.266	3.236	0.3911
중등도신체활동	무	—				
	유	2.28	0.59	1.116	3.443	<.0001
1일1회아채섭취	—	—				
	유	1.15	0.56	0.054	2.262	0.0397
저체중	정상	—				
	저체중	-4.37	1.51	-7.343	-1.409	0.0038
비만	정상	—				
	비만	1.40	0.62	0.192	2.627	0.232
주관적 건강	좋음	—				
	보통	-0.72	0.47	-1.649	0.204	0.1266
스트레스 인지	나쁨	-11.59	0.80	-13.163	-10.019	<.0001
	무	—				
질병이환	유	-4.67	0.68	-6.013	-3.341	<.0001
	무	—				
고혈압 의사진단	유	-1.53	0.76	-3.033	-0.044	0.0435
	무	—				
당뇨병 의사진단	유	-1.61	0.93	-3.434	0.199	0.081
	무	—				
이상지질혈증 의사진단	유	-1.29	1.10	-3.444	0.850	0.2366
	무	—				
관절염 의사진단	유	-6.13	1.24	-8.553	-3.707	<.0001
	무	—				
우울증 의사진단	유	-7.15	1.65	-10.389	-3.940	<.0001
	무	—				
의료이용	유	-5.17	0.88	-6.903	-3.454	<.0001
	무	—				
미충족 경험	유	-5.17	0.88	-6.903	-3.454	<.0001
	무	—				

IV. 논의

첫째, 의료급여수급권자는 전반적으로 건강보험가입자에 비해 교육수준이 낮고, 직업이 없어서 소득수준이 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 또한 배우자가 없고 가구원수가 2명 이하인 경우가 많았다. 한국의료패널자료를 이용한 연구 이현옥[16]등, 국민건강영양조사자료를 이용한 연구 김창숙[17] 등 기존 선행연구에서 의료급여수급권자의 사회경제인 특성은 본 연구 결과와 유사한 결과를 보였다.

둘째, 의료급여수급권자의 건강형태는 건강보험가입자에 비해 낮게 나타났다. 그러나 건강에 영향을 주는 현재음주의 경우 의료급여수급권자가 건강보험가입자에 비해 낮았으나 사회경제적 특성을 통제할 경우 더 높아지는 것으로 나타나 경제적 사정 때문에 음주를 덜하는 것으로 보인다. 이런 연구 결과는 이채원[18]의 연구와 유사한 결과를 보였다. 홍선우[13]의 연구에서는 의료급여수급권자의 건강형태가 본 연구의 결과보다 좋은 건강형태를 보였는데, 홍선우[13]의 연구는 의료급여수급권자의 텔레케어지역과 집중관리대상자를 연구한 소규모 연구이고 관리를 받는 의료급여수급권자 대상이기 때문에 우리의 연구결과와 차이를 보이는 것 같다. 이러한 차이를 보면 의료급여수급권자도 사회적 관심과 제도적으로 관리를 받으면 건강형태가 향상될 수 있다는 점을 보여주는 결과를 보였다.

셋째, 본 연구에서 의료급여수급권자의 질병이환이 건강보험가입자에 비해서 높게 나타났다. 의료급여수급권자의 의료이용 실태 연구결과 발표 보고서를 보면 의료급여수급자의 대부분이 만성질환 외에도 중증 또는 희귀난치성 질환 및 기타질환 등을 동반하고 있는 경우가 많고, 고혈압, 관절염, 당뇨, 만성하기도 질환, 뇌졸중, 우울증의 6개 질환 중 1개 이상의 만성질환자가 무려 79.1 %정도라고 보고하고 있다. 본 연구에서도 만성하기도 질환을 제외한 5개 질환의 이환율 합계가 93.15 %로 여러 만성질환이 겹친 경우를 감안하더라도 높은 수치를 보였다. 김미나[19]의 연구는 의료급여수급자는 고령이면서 일상생활 동작능력의 장애, 우울증 가지고 있고, 정영호[20]의 연구에서도 의료급여수급권자 복합만성질환의 위험도에 노출될 확률이 더 높은 것

으로 보고된 바 있다.

넷째, 의료급여수급권자의 의료이용 실태에 대한 연구는 꾸준히 진행되고 있다[21][22]. 기존의 연구에서 공통적으로 지적하는 것이 의료급여수급권자와 건강보험가입자가 다른 의료이용 패턴과 미충족 의료 경험이다. 본 연구에서 의료급여수급권자의 미충족 의료경험은 25.07 %, 건강보험가입자의 미충족 의료 경험은 13.20 %로 의료급여수급권자에서 미충족 의료경험이 높게 나타났다. 허현숙[23]의 연구는 의료급여수급권자의 미충족 의료 경험이 26.6 %, 건강보험가입자의 미충족 의료 경험이 15.4 %로 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 김진구[21]의 연구는 의료급여수급권자의 미충족 의료 경험이 59.5 %, 건강보험가입자의 미충족 의료 경험이 54.3 %로 미충족 의료 경험이 높게 차이는 적게 나타나 본 연구결과와 약간의 차이를 보였다. 김진구[21]의 연구는 지역이 경기도로 한정되어 있고, 연구 대상 수가 1000명인 소규모 연구로 의료급여수급권자의 지역 특성에 대한 연구로는 신뢰 할 수 있는 결과지만 우리나라 의료급여수급권자의 대표성을 갖지는 못할 것으로 보인다. 이보우[24]의 연구는 의료급여수급권자가 건강보험가입자보다 미충족 의료 경험이 높게 나타났으며, 의료이용지표인 병원, 외래, 약국이용률 등이 건강보험가입자보다 의료급여수급권자가 높게 나타났다. 의료급여수급권자가 질병이환이 좋지 않아 의료이용량이 증가하는 것이지만 의료 증가량이 의료의 욕구를 충족시키지는 못하는 것으로 보인다. 허현숙[23]의 연구는 의료급여수급권자가 건강보험가입자 보다 외래, 입원, 응급진료의 횟수는 많지만 진료비 차이가 크지 않다는 결과를 보여 의료급여수급권자의 건당 진료비 차이는 건강보험가입자에 비해 낮은 수준임을 보여준다. 이렇게 의료이용이 많은 이유는 여러 가지원인이 치료 지연으로 인해 질병의 중등도가 악화되어 의료이용이 높은 것으로 보인다.

다섯째, 의료급여수급권자의 건강관련 삶의 제한은 건강보험가입자에 비해 높게 나타났고, 삶의 질은 낮게 나타났다. 배민희[25]의 연구는 소득수준이 낮아질수록 삶의 제한이 많아지는 경향을 보였고, 전체적인 삶의 질은 소득수준이 상인 집단 보다 하인 집단이 낮게 나

타났다. 이현옥[16]등의 연구는 건강관련 삶의 질은 의료급여수급권자 0.831, 건강보험가입자는 0.916, 정영호[20]의 연구는 의료급여수급권자 0.840, 건강보험가입자 0.945로 나타났다. 본 연구와 유사한 결과를 보여 의료급여수급권자가 건강보험가입자보다 삶의 제한도 많고 삶의 질도 낮은 것을 재검증하는 결과를 보였다.

앞서 이루어진 기존의 연구결과들을 고찰한 결과 삶의 질에는 사회경제적 특성뿐만 아니라 건강형태, 질병이환, 의료이용 등이 영향을 미치는 것으로 나타났고, 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 변수들을 통제한 상태에서도 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 삶의 질에 차이가 나타났다. 국민건강영양조사 제3기 총괄보고서[26]에서는 여성이, 연령이 높을수록 소득이 수준이 낮을수록, 교육수준이 낮을수록 만성질환 고혈압, 당뇨병, 이상지질혈증, 골관절염, 이비인후(귀, 코, 목)질환 등이 있는 경우 건강관련 삶의 질이 더 낮은 경향으로 분석 되었다. Jiang[27]의 연구는 성, 연령, 교육, 직업종류, 월평균 가구소득, 거주 지역에 따라 건강관련 삶의 질이 영향을 받는다고 하였다. 정영호[20]의 연구는 만성질환인 당뇨병, 관절염, 암, 천식, 디스크를 보유할 경우 건강관련 삶의 질이 감소하였으며, 정상체중에 비해 고도비만인 경우 삶의 질이 감소하였다. 최윤진[28], 이동호[29]등의 연구는 배우자의 유무, 가구원수가 삶의 질에 큰 영향을 보여 본 연구 결과와 차이를 보였다. 이 연구들은 대상이 65세 노인으로 한정되어 있고, 노인들은 신체적인 기능이 저하와 제한이 나타나 일상생활의 어려움을 느낄 수 있는 만큼 배우자나 가구원수가 삶의 질에 많은 영향을 끼치는 것으로 생각된다.

포괄적으로 살펴보니 의료급여수급권자가 건강보험가입자보다 사회경제적인특성, 건강형태, 질병이환, 의료이용이 좋지 않아, 건강관련 삶의 질이 낮은 것을 확인 할 수 있었다. 삶의 질에 영향을 미친다고 알려진 다양한 변수들을 통제한 상태에서도 의료급여수급권자의 삶의 질은 건강보험가입자에 비해 유의하게 낮았다. 이러한 결과는 영향요인에 대한 통제가 불완전하여 생긴 현상일 수도 있지만, 의료급여수급권자가 가지는 다른 특성에 기인할 가능성도 있기 때문에 추가적인 연구가 필요하다고 할 수 있다. 그리고 이 자료는 단면조사로

인과관계를 분석할 수 없어 독립변수와 종속변수간의 시간적 선후관계를 명확히 파악하기 어려운 한계가 있다. 역 인과관계의 가능성을 완전히 배제할 수 없으며, 유사한 맥락에서 건강관련 삶의 질이 낮음으로 인해 건강수준, 의료이용, 질병이환이 변화가 발생할 수 있다는 점이 분석결과에 영향을 미칠 수 있다는 제한점들이 발생한다. 따라서 향후 코호트 연구의 필요성이 있음을 시사한다. 그럼에도 불구하고 의료급여수급권자의 삶의 질 관련 국내 연구가 미진한 상황에서 의료급여수급권자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악한 연구로서 의의가 크다고 할 수 있겠고, 대규모 전국 세베이자료인 지역사회건강조사 원시자료를 이용하여 의료급여수급권자와 건강보험가입자의 사회경제적인특성, 건강형태, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질을 포괄적인 평가를 본 것에 의미가 있다고 하겠다.

V. 요약 및 결론

의료급여수급권자와 건강보험가입자의 인구사회학적 특성, 건강형태 및 주관적 건강수준, 질병이환, 의료이용, 건강관련 삶의 질 등에 대한 포괄적인 평가를 해 보기 위해 본 연구에서는 2013년도 지역사회건강조사 자료를 분석하였다. 지역사회건강조사에 참여한 의료급여수급권자 7,204명을 연구대상으로 하였다. 그리고 비교를 위해서 의료급여수급권자와 성, 연령, 지역(시, 구,군)을 1:1 짝짓기 하는 방법으로 7,204명의 건강보험가입자를 무작위 추출하여 대조군으로 하였다.

연구결과 의료급여수급권자가 건강보험가입자보다 사회경제적 특성, 건강형태, 질병이환, 의료이용이 좋지 않은 것으로 타나났으며 이러한 특성으로 인해 건강관련 삶의 질이 낮은 것으로 분석이 되었다. 따라서 의료급여수급권자들의 건강관련 삶의 질을 효과적으로 향상시키기 위해서는 만성질환 관리, 스트레스와 우울감 관리 등의 정신 건강과 일상 활동 능력의 향상이 무엇보다도 중요하며 적당한 음주습관과 규칙적인 운동, 식습관 등 건강 증진 행위를 촉진하는 데 중점을 둔 체계적인 프로그램 개발과 정책을 위해 국가적 관심이 요구 된다.

참고 문헌

- [1] 유원섭, “최근 의료급여제도 변화의 문제점과 개선방안,” 복지동향, 제5권, pp.53-63, 2008.
- [2] 보건복지부, “2012년도 의료급여사업안내,” 2012.
- [3] 안양희, 김의숙, 고일선, “일 시범 지역 의료급여 수급권자 대상 텔레케어 사례관리 효과,” 지역사회간호학회지, 제21권, 제3호, pp.351-361, 2010.
- [4] 국민건강보험공단, “2010년 상반기 건강보험주요 통계,” 2010.
- [5] 신영석, 최병호, 신현웅, 황도경, 윤석준, “의료급여환자 의료지출실태 및 급여 개선 방안,” 한국보건사회연구원, 2005.
- [6] 신선미, 김의숙, 이희우, “의료급여 외래 과다이용자의 의료이용량에 대한 자기인식,” 보건행정학회지, 제19권, 제2호, pp.21-35, 2009.
- [7] 이익섭, 홍영수, “만성질환을 가진 의료급여 수급권자의 사회적 지원과 삶의 질: 성별, 질환별, 거주 지역별 비교,” 한국사회복지학, 제57권, 제2호, pp.71-92, 2005.
- [8] 윤경일, “건강보험과 의료급여 암 환자의 의료이용 행태와 치료결과 비교,” 보건정보통계학회지, 제39권, 제1호, pp.42-59, 2014
- [9] 유호신, 임미영, 이주열, “전국 차상위계층 주민의 건강행위와 보건소이용형태에 관한연구,” 지역사회간호학회지, 제12권, 제1호, pp.60-70, 2001.
- [10] 임미영, 유호신, “전국저소득층의 보건의료 이용과 영향요인분석,” 지역사회간호학회지, 제12권, 3호, pp.589-599, 2001.
- [11] 김대중 외, 2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구보고서, 한국보건사회연구원, 2012.
- [12] 권순석, 이영훈, 최진수, 신민호, 김혜연, 최성우, “A일개 군지역 암등록자료의 국민건강보험 보장유무에 따른 암 생존율 차이,” 보건행정학회지, 제19권, 제2호, pp.127-134, 2009.
- [13] 홍선우, “의료급여 수급권자의 건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인,” 대한간호학회지, 제39권, 제4호, pp.480-489, 2009.
- [14] 전은영, 최연희, “취약계층 남성노인의 연령별 건강관련 삶의 질과 영향요인,” 대한간호학회지, 제40권, 제3호, pp.400-410, 2010.
- [15] <https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do>
- [16] 이현옥, 김교성, “건강보험가입자와 의료급여수급권자의 의료이용과 건강관련 삶의 질,” 한국사회복지조사연구, 제44권, 제1호, pp.187-210, 2015.
- [17] 김창숙, “우리나라 국민기초생활수급자의 사회적경제적인 특성과 구강건강에 관한 연구,” 한국치위생학회지, 제13권, 제6호, pp.995-1004, 2013.
- [18] 이체원, “성인당뇨병환자의 건강수준 및 질병관리장애요인; 의료급여환자와 건강보험환자의 비교,” 한국사회복지학, 제60권, 제4호, pp.231-251, 2008.
- [19] 김미나, 소득계층에 따른 미충족의료 관련요인의 차이, 충남대학교, 석사학위논문, 2014.
- [20] 정영호, “한국의료패널로 본 우리나라 성인의 건강관련 삶의 질,” 보건복지포럼, 제182권, 제1호, pp.6-14, 2011.
- [21] 김진구, “저소득층의 의료이용과 욕구 미충족에 영향을 주는 요인: 경기지역 자활산업참여자를 중심으로,” 사회복지연구, 제34권, pp.5-33, 2007.
- [22] 송경신, 임국환, 이준협, “미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석,” 대한보건연구, 제37권, 제1호, pp.131-140, 2011.
- [23] 허현숙, 만성질환 저소득층 가구의 미충족의료 및 과부담의료비 비교, 중앙대학교, 석사학위논문, 2015.
- [24] 이보우, 우리나라 미충족 의료의 지역간 변이 연구, 건양대학교, 박사학위논문, 2014.
- [25] 배민희, 소득수준에 따른 대사증후군의 구성요소 수와 삶의 질, 아주대학교, 석사학위논문, 2015.
- [26] 국민건강보험공단, “2010년 상반기 건강보험주요 통계,” 2010.
- [27] Y. Jing and J. E. Hesser, “Results from Rhode Island’s 2002 behavioral risk factor survey,” Associations between health-related quality of life and demographics and health risks, Vol.4,

No.1, pp.1-14, 2006.

- [28] 최윤진, *연령에 따른 노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*, 한영신학대학교, 박사논문, 2009.
- [29] 이동호, 빈성오, “노인들의 질환별 유병여부와 건강관련 삶의 질 구조모형 분석,” 한국콘텐츠학회논문지, 제11권, 제1호, pp.216-224, 2011.

저자 소개

홍 주 연(Ju-youn Hong)

정회원



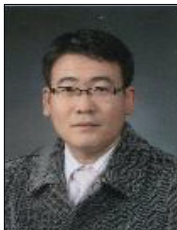
- 2005년 10월 ~ 2010년 6월 : 건양대학교병원 원무과
- 2010년 2월 : 건양대학교 보건대학원(보건학 석사)
- 2012년 3월 ~ 현재 : 충북대학교 대학원 의학과 의료정보학

및 관리학교실

<관심분야> : 보건학, 의료정보학

김 가 중(Gha-Jung Kim)

정회원



- 2006년 8월 : 고려대학교 의학물리학과(이학석사)
- 2010년 8월 : 전북대학교 방사선과학기술학과(이학박사)
- 2000년 2월 ~ 2010년 2월 : 건양대학교병원 방사선종양학과

▪ 2010년 3월 ~ 현재 : 극동대학교 방사선학과 교수

<관심분야> : 방사선 물리, 방사선종양학, 방사선 계측, 보건학